



Scheda personale di rischio

(Nome e Cognome)

Informazioni per la compilazione

La scheda di rischio contiene informazioni relative alle attività lavorative della persona sopra indicata. Queste informazioni vengono richieste sia per valutare pericoli derivanti dall'attività e conseguentemente i rischi e le misure da mettere in atto che per poter effettuare con maggiore efficienza la sorveglianza sanitaria, prevista dal D. Lgs. 626, Capo IV e programmata secondo quanto indicato nel documento di valutazione del rischio, comunque sempre sulla base delle indicazioni del Medico Competente.

Le informazioni sono fornite al Servizio di Prevenzione INFN dal responsabile del servizio e/o esperimento e l'intestatario contribuisce alla compilazione della scheda, al fine di garantire una maggiore completezza dello stesso, segnalando altresì al Direttore di Sezione e al RSPP l'introduzione di nuove attrezzature o la manipolazione di nuove sostanze, che richiedano la revisione del documento di valutazione del rischio.

L'intestatario e il Responsabile provvederanno altresì all'eventuale aggiornamento e variazione dei dati forniti nella scheda, al fine di garantire l'adeguatezza della sorveglianza sanitaria e l'utilizzo dei Dispositivi di Protezione, ove ciò si renda necessario.

La scheda compilata va restituita al Servizio di Prevenzione e Protezione INFN, tramite la Segreteria di Direzione (Marina Ventura)

GESTIONE DELL'EMERGENZA E PRIMO INTERVENTO

Per quanto riguarda la prevenzione incendi, il piano di emergenza e le procedure di primo intervento, l'intestatario dovrà rivolgersi al SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE del Dipartimento presso cui svolge la sua attività, al fine di essere informato sull'applicazione delle procedure relative

Informativa ex art. 10 Legge 675/1996

Questa informativa viene fornita ai sensi dell'art.10 della legge sulla Privacy, la quale tutela le persone dall'attività di trattamento dei dati personali. L'INFN svolge questa attività in modo lecito e secondo correttezza temperando gli opposti interessi alla trasparenza e alla riservatezza. I suoi dati personali vengono trattati per finalità di organizzazione e gestione delle attività e degli adempimenti connessi alla normativa in materia di sicurezza dei lavoratori sul luogo di lavoro e per formulare il giudizio di idoneità alla mansione specifica. In particolare:

1. i dati vengono raccolti dall'Istituto e dal medico competente per tutelare la salute dei lavoratori e per prevenire infortuni e malattie (ai sensi della normativa vigente in materia);
2. i dati nominativi e relativi alla formazione sulla Sicurezza sono registrati e conservati in forma elettronica e cartacea;
3. la cartella sanitaria, elaborata dal medico competente, viene consegnata all'Istituto in busta sigillata, unitamente al giudizio di idoneità;
4. i dati sono conservati secondo modalità e tempi previsti dalle leggi in materia e cancellati una volta raggiunta la finalità.

La invitiamo pertanto a compilare il modulo in tutte le sue parti e le ricordiamo che è possibile chiedere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati inesatti o incompleti, nonché esercitare le altre facoltà riconosciute dall'art.13, compilando l'apposito modulo in rete. Titolare del trattamento è l'INFN, con sede in Via A. Bassi, 6 – Pavia e responsabile è il Direttore.

SCHEDA PERSONALE DI RISCHIO

1. DATI PERSONALI

Nome _____

Cognome _____

Telefono e e-mail _____ - _____

Tipo di contratto (assunzione, borsa di studio, assegno di ricerca, altro) _____

Decorrenza e termine del contratto _____

Sede/i di lavoro _____

Titolo del contratto _____

Breve descrizione delle mansioni _____

Responsabile esperimento e/o servizio _____

Telefono e e-mail _____ - _____

RISCHI PROFESSIONALI

LEGENDA : (b) = esposizione rara (poche volte l'anno)

(m) = esposizione saltuaria (poche volte al mese)

(e) = esposizione abituale

2. FONTI DI RISCHIO

Questa sezione va compilata solo per le parti di interesse.

Rischi meccanici

L'attività lavorativa prevede, anche occasionalmente,

- caduta dall'alto sì no
- urti, colpi, impatti, compressioni sì no
- punture, perforazioni, tagli, abrasioni sì no
- vibrazioni sì no
- scivolamenti, cadute a livello sì no
- altro: inciampo sì no

MODALITÀ DI UTILIZZO

Per ogni tipo, specificare la frequenza (giornaliera, settimanale, mensile, altro)

Rischi termici

Esistono rischi termici derivanti da

- calore sì no
- fiamme sì no
- freddo sì no
- altro: sì no

Rischi elettrici

L'attività lavorativa prevede, anche occasionalmente,

- utilizzo di quadri elettrici in tensione (220-380V) sì no
- utilizzo di cabine elettriche bassa tensione (380V) sì no
- utilizzo di cabine elettriche medio-alta tensione sì no
- manutenzione gruppi elettrogeni sì no
- manutenzione impianti elettrici di trasporto sì no
- manutenzione impianti elettrici di utilizzo sì no
- apparecchiature elettroniche sì no
- altro: sì no

MODALITÀ DI UTILIZZO

Per ogni tipo, specificare la frequenza di utilizzo (giornaliera, settimanale, mensile, altro)

Agenti chimici pericolosi

L'attività lavorativa prevede, anche occasionalmente, l'utilizzo di agenti chimici pericolosi? sì no

TIPO DI SOSTANZA

Indicare il tipo utilizzato (solventi, acidi, basi ...) e lo stato fisico (gas, liquido, solido, polvere), la CLASSE di rischio di appartenenza e le relative frasi R di rischio e consiglio S di prudenza

MODALITÀ DI UTILIZZO

Per ogni tipo, specificare la frequenza di utilizzo (giornaliera, settimanale, mensile, altro), il tempo medio giornaliero di utilizzo quando viene impiegata e le condizioni di utilizzo (ambiente confinato o aperto, uso di cappe aspiranti, presenza di sistemi localizzati di aspirazione, ecc.)

Agenti cancerogeni

L'attività lavorativa prevede, anche occasionalmente, l'utilizzo di agenti cancerogeni ? sì no

TIPO DI SOSTANZA

Elencare tutte le sostanze cancerogene utilizzate, indicando il numero CAS (Chemical Abstract) e la frase di rischio¹ (R45 "può provocare il cancro", R49 "può provocare il cancro per inalazione")

¹ indicata sulla scheda informativa di sicurezza, allegata alla sostanza chimica

MODALITÀ DI UTILIZZO

Per ogni agente cancerogeno, specificare la frequenza di utilizzo (giornaliera, settimanale, mensile, altro), il tempo medio giornaliero di utilizzo e le condizioni di utilizzo (ambiente confinato o aperto, uso di cappe aspiranti, presenza di sistemi localizzati di aspirazione, ecc.)

Agenti biologici e/o animali da laboratorio

L'attività lavorativa prevede, anche occasionalmente, l'utilizzo di agenti biologici e/o animali da laboratorio ? sì no

In caso di utilizzo di agenti biologici, compilare la tabella seguente.
 Nella colonna "esposizione" indicare D nel caso di esposizione *diretta*, ovvero deliberata, all'agente biologico (esempio: manipolazione di virus o batteri); indicare I nel caso di esposizione *indiretta*, ovvero determinata dalla possibile presenza di agenti biologici nel materiale manipolato (esempio: manipolazione di sangue)

Agente biologico	Gruppo di rischio			Quantità e frequenza di manipolazione	Esposizione
	2	3	4		

Per gli animali da laboratorio indicare la specie, le finalità di utilizzo (es. per prelievo uova, etc) e le modalità di manipolazione

Videoterminali

L'attività lavorativa prevede, anche occasionalmente, l'utilizzo di videoterminali ? sì no

Indicare se l'utilizzo è sistematico e abituale oppure occasionale.

Radiazioni non ionizzanti

L'attività lavorativa prevede, anche occasionalmente, l'esposizione a radiazioni non ionizzanti ? sì no

Per ciascuna NIR segnalare il rischio di esposizione, se presente, e i dati richiesti.

Microonde	sì <input type="radio"/>	Frequenza _____ Apparato emettitore _____
-----------	--------------------------	--

Radiofrequenze	sì <input type="radio"/>	Frequenza _____ Apparato emettitore _____
----------------	--------------------------	--

UV	sì <input type="radio"/>	Lunghezza d'onda _____
----	--------------------------	---------------------------

Infrarosso sì

Ultrasuoni /infrasuoni	sì <input type="radio"/>	Frequenza _____ Apparato emettitore _____
---------------------------	--------------------------	--

Laser

L'attività lavorativa prevede, anche occasionalmente, l'utilizzo di laser ? sì no

Indicare il tipo e la classe dell'apparecchio / apparecchi utilizzato / i.

Specificare se l'utilizzo è occasionale o sistematico.

Campi magnetici

L'attività lavorativa prevede, anche occasionalmente, l'utilizzo di campi magnetici ? sì no

Indicare i dati del generatore di campo magnetico e il tipo di utilizzo (occasionale o sistematico).

Rumore e vibrazioni

L'attività lavorativa prevede, anche occasionalmente, l'esposizione a fonti di rumore particolarmente elevate ? sì no

Indicare se abitualmente si soggiorna in ambienti particolarmente rumorosi (officina); specificare il numero medio di ore giornaliere, e precisare (se è stata eseguita una valutazione) il livello di rumore.

Vibrazioni particolarmente elevate sì <input type="radio"/>	Frequenza _____
	Apparato emettitore _____

Movimentazione manuale dei carichi

Il personale è soggetto alla movimentazione manuale di carichi? sì no

Carriponte e lavori in alto

- Il personale utilizzerà il carroponte?** sì no
- Il personale è soggetto ad effettuare lavori in alto?** sì no

Radiazioni ionizzanti

- L'attività lavorativa prevede, anche occasionalmente, l'esposizione a radiazioni ionizzanti ?** sì no

In caso affermativo, compilare la scheda di radioprotezione

3. RIEPILOGO

Sono state compilate le seguenti voci:

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Rischi meccanici | sì <input type="radio"/> | Radiazioni non ionizzanti | sì <input type="radio"/> |
| Rischi termici | sì <input type="radio"/> | Laser | sì <input type="radio"/> |
| Rischi elettrici | sì <input type="radio"/> | Campi magnetici | sì <input type="radio"/> |
| Agenti chimici pericolosi | sì <input type="radio"/> | Rumore e vibrazioni | sì <input type="radio"/> |
| Agenti cancerogeni | sì <input type="radio"/> | Movimentazione man. carichi | sì <input type="radio"/> |
| Agenti biologici | sì <input type="radio"/> | Carriponte e lavori in alto | sì <input type="radio"/> |
| Videoterminali | sì <input type="radio"/> | Radiazioni ionizzanti | sì <input type="radio"/> |

Eventuali note ed osservazioni del responsabile dell'esperimento e/o servizio

____Gli spazi non compilati si intendono con risposta negativa_____

Si segnalano, inoltre, i corsi frequentati:

data e luogo _____

titolo del corso _____

durata del corso _____

data e luogo _____

titolo del corso _____

durata del corso _____

data e luogo _____

titolo del corso _____

durata del corso _____

data e luogo _____

titolo del corso _____

durata del corso _____

data e luogo _____

titolo del corso _____

durata del corso _____

DATA E LUOGO _____

Firma dell'intestatario della scheda

Firma del Direttore

Note e osservazioni a cura del Datore di lavoro: _____

Note e osservazioni a cura del Medico Competente : _____

Note e osservazioni a cura del RSPP : _____
